

Plan de autocuidado para el asma

Nombre: _____

Fecha: _____

Cada día—Su meta personal de flujo máximo: _____

No fume; evite el humo ambiental.

Zona verde: Todo en orden

- Si:
- ✓ No presenta falta de aire
 - ✓ Puede realizar actividades habituales
 - ✓ Si utiliza un medidor de flujo espiratorio máximo: _____. Flujo máximo: superior a ____ (80% o más de mi mejor medida de flujo máximo)
 - ✓ Mi mejor medida de flujo máximo: _____



Lo que ello podría indicar:

- ✓ Sus síntomas están bajo control
- ✓ Continúe tomando su medicamento de control según lo prescrito
- ✓ Continúe supervisando su flujo máximo
- ✓ No deje de asistir a sus citas médicas

Zona amarilla: Precaución

- Si experimenta cualquiera de los siguientes:
- ✓ Tos, respiración sibilante, opresión en el pecho o falta de aire
 - ✓ Se despierta de noche debido al asma
 - ✓ Puede realizar algunas, pero no todas las actividades habituales
 - ✓ Flujo máximo: ____ a ____ (50–80% de mi mejor medida de flujo máximo)
 - ✓ Cualquier otra cosa inusual que le cause molestia



Lo que ello podría indicar:

- ✓ Su asma está empeorando
 - ✓ Puede que necesite ajustar su medicación
 - ✓ Deje de hacer ejercicio extenuante
 - ✓ Elimine los desencadenantes
 - ✓ Añada medicamentos aliviadores: _____
- Llame a su médico, enfermero o asistencia domiciliar de enfermería.**

Nombre: _____

Número: _____

Instrucciones: _____

Zona roja: Deténgase y piense

- Si experimenta cualquiera de los siguientes:
- ✓ Gran dificultad para respirar, problemas para caminar y para hablar debido a la falta de aire o color de piel pálido o gris
 - ✓ Los medicamentos de alivio rápido no han surtido efecto
 - ✓ No puede realizar actividades habituales o los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas en el área de zona amarilla
 - ✓ Flujo máximo: inferior a ____ (50% de mi mejor medida de flujo máximo)
 - ✓ Uñas de las manos o labios de color azul



Lo que ello podría indicar:

- ✓ **Si experimenta cualquier síntoma de zona roja, llame al 9-1-1 a su médico enseguida**

Nombre del médico: _____

Nombre del médico: _____

Fuente: American Lung Association. file:///C:/Users/pcruz/Downloads/asthma-action-plan-2020.pdf

Este material ha sido preparado por los Servicios de Envejecimiento y Discapacidades y se ha adaptado para usarse con el permiso de Este material se ha adaptado Health Services Advisory Group, bajo contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los contenidos presentados no necesariamente reflejan la política de los CMS. Publicación Nro XS-HQIC-XT-04092021-05

Esta información se proporciona con fines educativos únicamente. HSAG no manifiesta ni garantiza que esta información se aplica a la atención o el tratamiento de un paciente específico. Este contenido no constituye asesoramiento de un médico y no debe utilizarse como reemplazo del tratamiento o del asesoramiento de un médico o de otro proveedor de atención médica en ejercicio.

